

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année

THÈSE

N°

124

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 février 1886, à 1 heure

PAR EUGÈNE PAILHÈS

Né à Saint-Pierre près Mont-de-Marsan (Landes), le 20 juillet 1860.

DES

RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX

DU RECTUM

CHEZ L'ADULTE

Président : M. TRÉLAT, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

TERRILLON, ROBIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR U. TRÉLAT

Professeur à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien des hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES

DES HÔPITAUX DE BORDEAUX ET DE PARIS

DES

RETRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX

DU RECTUM

CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

Le 5 décembre 1885, M. le professeur Trélat exposa dans une clinique faite à l'hôpital de la Charité, la série des troubles fonctionnels qu'entraînent, chez les sujets adultes, les rétrécissements congénitaux du rectum. Cette question, dont on ne s'est pas encore très occupé, et qui intéresse cependant à un haut degré le clinicien, nous parut être un bon sujet pour notre thèse inaugurale.

Si, en effet, l'histoire des rétrécissements congénitaux du rectum est faite au point de vue embryogénique, si l'on connaît les accidents immé-

diats qu'ils produisent à la naissance lorsqu'ils sont très accusés, on a négligé en revanche de les suivre et d'étudier ce qu'ils devenaient chez les adultes.

Lorsque cette malformation est constituée par une simple valvule, elle peut, durant de longues années, n'amener que des troubles fonctionnels légers et évoluer à la façon des lésions chroniques d'orifices, qui ne produisent des désordres graves qu'à une période éloignée de leur existence. La nature congénitale du rétrécissement serait décelée par des troubles fonctionnels anciens et surtout par la situation, la forme, la consistance du rétrécissement lui-même.

Le manque d'observations personnelles et notre inexpérience ne nous auraient point permis d'aborder l'étude de cette forme nouvelle de lésion chirurgicale et de la mener à bonne fin si nous n'avions eu dans notre tâche de puissants auxiliaires.

Le professeur Trélat, à qui nous eûmes tout d'abord recours, nous décida à entreprendre l'étude des rétrécissements congénitaux chez l'adulte et nous donna, pour servir de base à notre travail, cinq observations, et les idées émises dans sa clinique du 5 décembre 1885 (1). C'est guidé par les idées du maître et fort des observations qu'il nous a si gracieusement communiquées, que nous abordons notre sujet.

(1) Cette clinique a été publiée dans l'*Union médicale* du 9 février 1886.

Nous prions le professeur de la Charité de vouloir bien agréer ici l'expression de notre respectueuse et profonde reconnaissance.

M. le Dr Marchant, chef de clinique à l'hôpital de la Charité, nous a donné bien des renseignements qui nous étaient nécessaires pour l'étude de la question et n'a cessé de nous guider avec cette bienveillance à laquelle les étudiants sont depuis longtemps habitués; nous le prions de recevoir l'assurance de notre vive gratitude.

Nous adressons tous nos remerciements à M. Albaran, interne à l'hôpital de la Charité, qui nous a communiqué une observation recueillie par lui dans le service de M. le professeur Trélat.

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous tenons à bien déterminer le point précis que nous avons voulu développer.

Laissant de côté tous les rétrécissements du rectum d'origine syphilitique ulcéreuse ou cancéreuse, nous ne nous en occuperons que pour les différencier des rétrécissements congénitaux dans le chapitre que nous consacrerons au diagnostic de cette lésion.

Nous laisserons de côté les rétrécissements congénitaux chez l'enfant et nous nous proposerons d'étudier surtout la série des accidents qu'ils entraînent chez les sujets adultes. Nous ne dirons rien ou presque rien du vice de développement embryogénique qui rend compte de cette affection et diviserons notre travail en trois parties. Dans la

première nous chercherons à retracer un historique complet de la question. Dans la deuxième, nous rapporterons huit observations, les trois premières empruntées à M. Reynier, les cinq autres à M. Trélat.

La troisième partie comprendra cinq chapitres dans lesquels nous étudierons successivement l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, et le traitement des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Jusqu'en 1839, les pathologistes ignoraient l'existence non seulement de rétrécissements du rectum d'origine congénitale, mais encore celle de rétrécissements valvulaires ; c'est à cette époque seulement qu'on les voit signaler pour la première fois.

Alors parut, dans la *Gazette Médicale*, un mémoire de Bérard et de Maslieurat-Lagémard, dans lequel ces auteurs signalent quatre cas de rétrécissements en croissant. Leur travail a pour conséquence d'attirer l'attention de leurs successeurs sur une forme nouvelle de lésion rectale. Ils se trompent sur la nature étiologique de la lésion qu'ils croient être syphilitique. « Ces brides ou cloisons que nous avons signalées, disent-ils, sont le plus souvent de nature vénérienne. »

Nélaton après eux signale, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, des faisceaux de renforcement que l'on rencontrerait en des points variables du rectum, en général à huit ou dix centimètres au-dessus de l'an us et qui pourraient être, sui-

vant lui, le point de départ d'un rétrécissement valvulaire.

Quelque temps après, M. Dubreuil, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, déposa au musée de cette ville deux pièces anatomo-pathologiques de rétrécissements valvulaires. Il admet que les replis muqueux transversaux ne sont autres que ceux que Houston a signalés dans toute la hauteur du rectum.

En 1846, M. Benoit, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier décrit, d'après les deux pièces du professeur Dubreuil, les rétrécissements congénitaux du rectum. Il les distingue des autres genres de rétrécissements au double point de vue de leur pathogénie et du traitement qu'ils réclament.

Enfin, paraît en 1851 la thèse pour le concours d'agrégation de Bouisson sur les vices de conformation du rectum. L'auteur résume l'état de cette question d'après les travaux de ses prédécesseurs. Il cite même deux observations de la lésion qui nous occupe, la première empruntée à Scultet, la deuxième à Sérand ; mais les sujets de ces deux observations sont deux enfants et il ne nous a point paru utile de les rapporter dans ce travail où nous avons voulu faire seulement l'histoire de cette maladie chez l'adulte.

J'emprunte à ces auteurs la description des deux pièces anatomiques de M. le professeur Dubreuil,

ainsi que les réflexions anatomo-pathologiques dont il les fait suivre.

« Les valvules s'observent dans le rectum de
« deux jeunes sujets. L'organe préparé par insufflation permet de mieux apprécier leur disposition.

« Sur une pièce la valvule est située un peu au-dessus de l'ouverture anale, dans l'autre elle correspond au tiers supérieur du rectum.

« Au niveau de leur insertion, l'intestin présente une dépression circulaire appréciable sur sa surface externe. Ces dispositions anormales, dont on ne soupçonne l'existence chez les nouveau-nés que lorsqu'elles opèrent un cloisonnement ou un rétrécissement considérable du rectum s'accroissent pendant le développement de l'individu.
« Les irritations de diverses natures qui peuvent les atteindre dans la suite les hypertrophient, dénaturent ou transforment leur tissu et les convertissent en obstacles qui occasionnent une constipation opiniâtre, laquelle peut devenir insurmontable.

« J'ai observé un cas de rétrécissement valvulaire sur une femme dont je rapporterai plus tard l'observation et que je guéris par l'incision de la valvule. »

Malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver l'observation dont l'auteur fait mention et que nous aurions désiré ajouter à celles que nous publions plus loin.

Broca ne paraît pas accepter l'origine congénitale des rétrécissements valvulaires, c'est du moins ce qui semble ressortir d'une communication faite par lui à la Société anatomique au mois de février 1852. Le cas qu'il présente est évidemment consécutif à une inflammation péri-utérine, et pour lui tous les rétrécissements valvulaires ont une origine analogue.

Voici cette observation telle que nous l'avons relevée dans les Bulletins de cette Société.

Il s'agit d'« une femme de cinquante ans dont l'utérus est gros, inégal, bosselé, lardacé ; probablement ce n'est pas là du cancer, mais du tissu fibreux. Quoi qu'il en soit, l'utérus a contracté en arrière des adhérences avec le rectum ; une sorte d'exsudation plastique s'est faite dans le bassin et il existe principalement deux traînées qui embrassent le rectum en anneau et le resserrent en ce point. L'anus est perméable, mais à un décimètre au-dessus du sphincter on trouve un rétrécissement valvulaire très marqué. Au-dessus il existe une dilatation. Il est probable que tous les rétrécissements valvulaires se produisent par un mécanisme semblable ou analogue.

De 1852 à 1875, l'étude de la question subit un temps d'arrêt, et nous n'avons trouvé nulle part trace d'observations ou de discussions à ce sujet pendant cette période de vingt-trois ans.

A cette époque (2 novembre 1875), M. Dussaussey publia, dans la *Gazette des Hôpitaux*, une clinique

faite à l'Hôtel-Dieu par M. Le Dentu, où il est incidemment question des rétrécissements congénitaux du rectum. « Ces rétrécissements sont constitués, dit M. Le Dentu, par une valvule purement muqueuse, qui se présente, soit sous la forme d'un diaphragme, soit sous la forme d'un croissant. Dans tous les cas, cette variété ne donne lieu à des accidents que chez les très jeunes enfants. En effet, quand ces rétrécissements sont larges, ce qui arrive assez souvent, ils ne gênent nullement l'expulsion des matières fécales et passent inaperçus. Je me rappelle avoir observé, il y a une dizaine d'années, dans le service de M. le professeur Richet, un cas de ce genre : il s'agissait d'un adulte entré dans les salles pour une autre affection et chez lequel on constata, tout à fait par hasard, l'existence d'une valvule muqueuse qui devait être congénitale. »

On voit par cette citation que les rétrécissements congénitaux ne sont, pour M. Le Dentu, chez l'adulte du moins, que des curiosités embryologiques dépourvues de conséquences pathologiques. Pour lui, les rétrécissements d'origine congénitale entraînent chez les enfants seuls des troubles fonctionnels. Nous avons parcouru en vain deux thèses de 1877, toutes deux inspirées par M. Tillaux, l'une traitant « des fistules à l'anus dans les rétrécissements du rectum », du D^r Charles Février, l'autre sur « les rétrécissements partiels sous-muqueux », du D^r Garsaux, et nous n'avons rien

trouvé dans ces deux études qui ait trait aux rétrécissement congénitaux. Le Dr Garsaux rapporte, dans son travail, six observations de rétrécissement en croissant, dont cinq avec dyssenteries. Dans une seule, dont le sujet est une femme de 24 ans, il n'y eut pas ces antécédents; la malade avait eu une fistule recto-vulvaire comme conséquence de son rétrécissement. Peut-être s'est-il agi là d'une lésion congénitale.

Pendant cette même année 1877, parut le *Traité des maladies de l'anus et du rectum*, du Dr Mollière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Pour lui « il y a quelquefois dans la région inférieure du rectum des replis muqueux constitués par des valvules conniventes anormales; ces replis, qui n'occupent pas toute la circonférence du rectum, s'ils se trouvent situés en face l'un de l'autre, peuvent oblitérer le calibre rectal en s'abaissant comme les valvules des veines. C'est dans un cas de ce genre, ajoute-t-il, que Roser obtint le retour à l'état normal en incisant simplement une de ces valvules. Mais ces replis muqueux contiennent quelquefois des fibres musculaires à ce niveau, surtout lorsqu'ils siègent en ce point qui a reçu de Hyrtl le nom de troisième sphincter. »

Dans le chapitre où il traite des vices de conformation de l'organe, il indique l'atrésie congénitale du rectum chez les enfants, mais ne signale même

pas les rétrécissements de même origine chez l'adulte.

MM. U. Trélat et Delens, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, qui date de 1876, décrivent des rétrécissements annulaires, en forme de croissants, de brides transversales, de replis membraneux; ils rapportent même que l'on voit, au musée de King's College, à Londres, une pièce curieuse à cet égard. C'est un rétrécissement situé à un pouce et demi environ au-dessus de l'anus consistant en une cloison cupuliforme, résultat de l'entrecroisement de bandelettes épaisses, qui circonscrivent trois ou quatre ouvertures distinctes du diamètre d'un petit tuyau de plume (Curting, dans son *Traité*, cite cette même pièce). Ils ajoutent que ces rétrécissements varient d'étendue et peuvent n'être formés que d'un diaphragme cloisonnant le rectum et percé d'un orifice étroit.

On doit à M. P. Reynier d'avoir établi la question des rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte. Dans un *Mémoire* paru et publié le 29 novembre 1878, cet auteur fait l'historique, l'anatomo-pathologie, la symptomatologie, et parle des divers traitements de ces rétrécissements. Son travail repose sur trois observations que nous rapportons plus loin, et dont la première, qui contient de nombreux détails, a été recueillie à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Tillaux. Ce

chirurgien fit la section de la valvule et l'opération fut suivie de succès.

Plus tard, en 1881, paraît dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* l'article Rectum, de MM. Gosselin et Dubar, où l'on trouve des renseignements précieux sur la question qui nous occupe. Nous ne les citons point dans ce chapitre réservé à l'histoire, car nous le ferons lorsque nous parlerons de l'anatomo-pathologie, de la pathologie et du traitement.

Nous arrivons maintenant à la clinique du professeur Trélat. La question est créée par lui de toutes pièces. Il donne une classification des rétrécissements fibreux, dont il établit trois classes : la première est constituée par les rétrécissements consécutifs à des traumatismes ; ce sont les rétrécissements cicatriciels. Les seconds, consécutifs à des ulcères, constituent les rétrécissements ulcéro-cicatriciels. Enfin, viennent les rétrécissements congénitaux. Il parle de leur fréquence suivant les sexes ; de leurs caractères physiques ; de leur siège qui suffisent à les caractériser. Il cherche à établir que l'origine congénitale de la lésion n'est pas en contradiction avec l'apparition tardive des accidents, et cite nombre de maladies congénitales qui sommeillent ainsi de longues années pour grandir et se manifester à une époque tardive. Nous nous abstenons ici de reproduire les différents chapitres qu'il a abordés, nous réservant de le faire dans le cours de ce travail.

Tel est, à notre époque, l'état de la question. Avec de pareils éléments, apportés surtout dans ces dernières années, il nous sera facile, je crois, de traiter cet intéressant sujet. Notre but a été de démontrer l'existence et l'importance d'une lésion peu connue jusqu'à ce jour, et nous nous estimerons heureux si, par nos efforts, nous avons contribué à établir cette entité morbide et à rendre hommage aux travaux de ceux qui s'en sont occupés.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Extrait de la *Gazette hebdomadaire*, 29 novembre 1878.

OBSERVATIONS de P. Reynier, prof. agrégé.

OBSERVATION I.

Un homme de 32 ans, entre à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Tillaux, pour un rétrécissement du rectum. Ce malade se plaint depuis longtemps de difficultés pour aller à la selle; étant enfant, il avait déjà des constipations opiniâtres; vers l'âge de 25 ans, il dit avoir eu la dyssenterie, mais on ne reconnaît guère dans son récit que les caractères d'une diarrhée abondante et rebelle. Trois mois après le début de cette complication, il rentra à Lariboisière où il subit la dilatation forcée pour une fissure à l'anus. Tel fut (toujours d'après le malade) le diagnostic à ce moment.

La constipation continua comme par le passé et les symptômes devenant de jour en jour plus intenses, le malade vient à l'hôpital Beaujon.

Il n'a jamais eu la syphilis.

A l'examen, on ne trouve rien à la marge de l'anus, ni fissure, ni hémorroïdes. Le toucher rectal fait reconnaître à 3 centimètres un rétrécissement constitué par une valvule

tendue en travers du rectum, en forme de diaphragme. Le doigt peut passer au-delà et donne à ce moment la même sensation que le toucher vaginal au travers de l'hymen chez une vierge. Cette valvule est mince, à bord tranchant et ne dépasse pas 1 millimètre d'épaisseur. Elle est située au-dessous du sommet de la prostate, à l'union de la portion sphinctérienne et ampullaire du rectum. Les parois du rectum paraissent normales.

M. Tillaux, en présence de ces signes particuliers, de l'absence de toute diathèse et de tout accident ayant pu amener cette coarctation, du début remontant à l'enfance, diagnostiqua un rétrécissement congénital.

La valvule fut sectionnée avec un bistouri boutonné : deux petites hémorrhagies survinrent dans les jours qui suivirent l'opération, mais n'entravèrent pas la guérison.

OBSERVATION II.

Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-un ans, encore vierge, qui depuis son enfance se plaignait de constipations opiniâtres qui se changeaient, comme chez notre malade, en rétention complète accompagnée de ballonnement du ventre. M. Gosselin, qui la soigna et à qui nous devons cette observation, constata à trois centimètres au-dessus de l'anus, un véritable diaphragme percé au centre, très mince, et ayant les caractères constatés chez notre malade (obs. n°1). Il en fit la section avec le bistouri. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION III.

Une jeune fille de 15 ans, vierge, chez qui M. Tillaux avait trouvé à 3 centimètres de l'anus un diaphragme percé d'une ouverture centrale comme dans nos deux premières observations, et qui avait eu également comme symptômes, des phénomènes de rétention stercorale. (Reynier, 1878.)

Observations communiquées par M. le professeur Trélat.

OBSERVATION I (recueillie par M. Albaran, interne du service.)

Barrière (Pauline), 51 ans, entre à l'hôpital le 21 octobre 1885, salle Sainte-Catherine, lit n° 12.

Pas d'autres antécédents morbides qu'une tumeur blanche diagnostiquée en 1872 par M. Gosselin et dont elle ne porte plus trace. Elle aurait eu la jaunisse pendant trois mois en 1881. Pas trace de syphilis. A eu deux enfants et est régulièrement réglée.

Depuis huit ans, elle présente des phénomènes de constipation habituelle, durant de quatre à cinq jours entre chaque évacuation, qui obligent la malade à prendre des lavements. A cette époque, elle aurait déjà remarqué une certaine difficulté dans l'introduction de la canule et quelques gouttes de sang dans les selles. La défécation provoquait des douleurs vives. Longtemps il existe ainsi des alternatives de constipation et de débâcle.

Il y a dix-huit mois survient une hémorrhagie rectale assez considérable.

Depuis un an, les selles s'accompagnent d'un écoulement blanc jaunâtre parfois strié de sang, sans odeur particulière avec ténesme et épreintes.

Enfin survient un amaigrissement notable.

Le 10 octobre dernier, à la suite d'accidents d'obstruction intestinale survenus après une constipation de vingt-quatre jours, la malade entre dans un service de médecine où elle a une débâcle.

Après son passage en chirurgie on constata un rétrécissement du rectum.

Le 30 octobre on commença la dilatation progressive; à ce moment on ne passait que la bougie n° 6; aujourd'hui, 16 novembre, on passe le n° 9.

État actuel. — La malade va régulièrement à la garde-robe; elle ne souffre pas, mais les selles sont accompagnées d'un écoulement blanc jaunâtre déjà signalé. Quoique la santé générale soit excellente et que la malade soit encore fort grasse, elle dit avoir maigri un peu depuis un an.

Toucher rectal. — On sent, à 3 centimètres de l'anüs, une très mince bride en faucille occupant la paroi postérieure seule du rectum. Au-dessus, la muqueuse rectale est un peu mamelonnée, inégale et à 6 ou 7 centimètres de l'orifice anal, le doigt s'engage dans un point circulairement rétréci; on le franchit sans peine et au-dessus on sent encore les mêmes inégalités constatées au-dessous du rétrécissement.

Quand le doigt s'engage dans le rétrécissement, on peut facilement imprimer des mouvements à tout le rectum.

Après un mois de traitement (1^{er} décembre 1885), on passe la bougie n° 22 (22 millimètres) et on note un grand soulagement.

OBSERVATION II.

Dufourny, 35 ans, peintre, entre le 20 courant 1883, à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, service de M. le professeur Trélat.

Antécédents. A sa naissance, le malade avait une imperforation complète de l'anüs. Deux ou trois jours après, un médecin pratiqua une ouverture.

Pendant toute sa vie, le malade n'a pu aller à la garde-robe qu'avec des lavements répétés. Jusqu'à l'âge de 15 ans, il resta au milieu de sa famille où il reçut des soins assidus; aussi son état était-il supportable et aucun trouble grave ne se manifesta-t-il. A cet âge il quitta les siens et, peu à peu, il cessa de prendre d'une façon régulière les lavements auxquels il était habitué. Il n'y revenait qu'après des périodes plus ou moins longues, quand il se sentait gêné par une forte constipation et pour provoquer une débâcle qui le soulageait.

Vers l'âge de 19 ans, il remarqua que son ventre augmentait de volume pendant les périodes de constipation, pour reprendre après une débâcle son volume à peu près normal. — C'est par une suite d'accroissements successifs, qu'il offrit à 22 ans un ventre qui avait 2 mètres de circonférence. De plus, les parois abdominales étaient devenues flasques, flottantes et devaient être soutenues par un bandage de corps. — Il use toujours de lavements pour aller à la selle, les purgatifs étant impuissants.

Il y a trois ans environ, au mois de décembre 1882, son ventre s'accroît de nouveau et mesure 2 m. 15 de circonférence. Pas de douleurs, ni de vomissements, ni de diarrhée. Nouvelle série de lavements suivie de débâcle. — Même état jusqu'au mois de septembre 1883, où, après un amaigrissement notable, le malade entre dans le service de M. Rigal le 25 novembre et passe dans nos salles.

État actuel. — Emaciation extrême, pâleur qui lui donne l'aspect extérieur d'un phtisique. Dos très voûté, cyphose dorsale très prononcée; en même temps thorax très saillant en avant et très large, ce qui frappe en raison de l'aplatissement du ventre.

L'abdomen est couvert de vergetures, affaissé, la peau est molle, flasque, sans tissu adipeux, on peut la saisir et la soulever en faisant un large pli. La paroi musculo-aponévrotique est aussi très flasque. L'abdomen retombe sur les flancs et offre l'aspect d'un ventre de batracien.

Percussion. — Foie petit, très élevé. — Pas de matité splénique.

Palpation. — On ne sent ni le foie ni la rate. Les deux seins sont accessibles et légèrement douloureux à la pression.

Toucher rectal. — Est douloureux, il existe une légère rectite.

A quatre ou cinq centimètres de l'anus, on sent un rétrécissement pouvant admettre sans peine la première phalange de l'index. En avant et à gauche, il est un peu tranchant; en

arrière et à droite, sa longueur semble être de 6 à 9 millimètres et également saillant. Il forme un véritable diaphragme. La muqueuse est saine à son niveau et il n'existe pas d'ulcération.

Il existe à la base du cœur et à gauche un léger souffle avec propagation dans les vaisseaux du cou. Les poumons sont absolument sains.

Ce malade a été perdu de vue, dans le même état, après un séjour de plus de six mois à l'hôpital.

OBSERVATION III.

Garginto (Lucia), âgée de 30 ans, domestique, entre le 7 juillet 1882, à la salle Sainte-Marie, dans le service de M. le professeur Trélat. Entrée le 17 juin dans le service de M. Potain pour des selles sanglantes, on fit le diagnostic d'un rétrécissement du rectum et on l'envoya en chirurgie le 7 juillet.

Les phénomènes morbides remontent à deux ans. A cette époque elle constata qu'il se faisait par l'anus un écoulement blanchâtre qui a toujours persisté depuis.

M. Marey nous apprend, par une lettre, qu'elle a eu pendant longtemps des selles sanguinoso-purulentes et que son diagnostic avait été d'abord celui de dyssenterie, puis enfin d'abcès ouvert dans le rectum, car le flanc droit avait été le siège d'une vive douleur.

Depuis ce moment les matières rendues ont été plates et effilées. Les besoins répétés et impérieux suivis de selles très peu abondantes. L'acte de la défécation était très douloureux.

A l'examen direct. On constate une fistule à la partie postérieure de l'anus. Le sphincter est résistant, malgré les manœuvres ano-rectales qu'il a subies.

Le toucher rectal permet de constater à trois centimètres

au-dessus de l'anus l'existence d'une diaphragme fibreux, laissant pénétrer l'extrémité de la phalange de l'index. En avant et le long de la paroi recto-vaginale le diaphragme paraît être remplacé par une bride fibreuse qui prend sur elle une large surface d'implantation. On ne constate aucune tumeur ni dans le rectum ni dans le vagin.

La malade ne présente aucune trace de syphilis. Elle a eu une grossesse il y a quatre ans et a fait une fausse couche il y a 6 mois.

OBSERVATION IV.

Rétrécissement congénital du rectum; fistules anales; Cystite chronique.

Durel (Jean), âgé de 56 ans, marchand des quatre saisons, entre le 1^{er} février 1882, à la salle Saint-Pierre, lit n° 46.

Durant sa jeunesse il est habituellement constipé, il n'a jamais eu ni blennorrhagie ni syphilis. A 25 ans, il a un abcès de la marge de l'anus qui laisse après lui une fistule. Elle persiste depuis ce temps,

Depuis quinze ans il a de l'incontinence des matières fécales sans coliques, mais avec une diarrhée presque continue.

Il y a 5 ans, il constate que ses urines sont parfois fortement colorées; il n'a jamais eu de rétention, mais il a éprouvé des douleurs très vives à la fin de la miction depuis environ six mois. Son état général est très mauvais depuis deux mois.

Etat actuel. — Aspect émacié, orbites excavées, teint jaunâtre et terreux de la peau.

Langue sèche, noirâtre au milieu, humide sur les bords (langue urinaire).

On constate à l'anus trois excroissances polypiformes et sur le côté gauche de l'orifice anal trois orifices fistuleux. Les

stylets introduits par les orifices viennent tous sortir dans le rectum par un point commun situé à 1 centimètre et demi environ de la marge de l'anüs. La muqueuse un peu décollée au-dessus de cet orifice permet à la sonde de faire fausse route et pourrait faire croire à une fistule borgne externe.

Le toucher rectal permet de constater à 3 centimètres et demi environ au-dessus de l'anüs un rétrécissement annulaire, très régulier, mince, à bord tranchant, admettant le doigt indicateur au-dessus de l'obstacle, la muqueuse est lisse, le rectum dilaté. La prostate est normale. Au-dessous du rétrécissement on trouve sur le côté gauche du rectum et en avant des bourgeons arrondis, un peu durs, saignant facilement, mobiles avec la muqueuse, sans plaque d'induration à leur base, présentant dès lors tous les caractères des bourgeons formés autour des orifices internes des fistules.

L'examen des voies urinaires permet de constater une dilatation de la vessie sans lésion de l'urèthre. Le malade raconte qu'il y a quelques années il avait rendu des gaz et des matières fécales par l'urèthre. On ne trouve aucune lésion expliquant ce fait douteux.

Depuis son entrée, le malade à été mis au régime lacté et à la potion de Todd.

La langue devient meilleure, humide, elle redevient de temps en temps rouge et sèche sur sa partie médiane.

La diarrhée est moins abondante.

Les urines, moins colorées, ne présentent plus la teinte brune constatée lors de l'entrée.

Cependant la température allait le soir quelquefois jusqu'à 38°,5 et le malade s'affaiblit et meurt.

Autopsie. Tube intestinal. — Cölon descendant et rectum remplis de gaz et de matières fécales ; leur paroi est friable et paraît chroniquement enflammée ; la muqueuse est grisâtre, ardoisée.

A quatre centimètres au-dessus de la marge de l'anüs se

trouve un rétrécissement purement muqueux formant sur la paroi antérieure une bride qui limite une dépression valvulaire regardant en haut et pouvant admettre l'extrémité de l'indicateur. Au-dessous du point rétréci la surface muqueuse est irrégulière et présente des orifices fistulaires communiquant avec l'extérieur ; on ne trouve ni néoplasme ni altération sur la muqueuse.

Voies urinaires. — Vessie petite, rétractée, épaissie. L'urèthre, sans rétrécissement, présente au niveau de la portion membraneuse, à 2 centimètres en avant du verumontanum, plusieurs larges orifices séparés les uns des autres par des brides étroites. La sonde cannelée, conduite dans l'orifice médian pénètre directement dans le rectum au niveau de la valvule indiquée plus haut et dans l'enfoncement qu'elle limite. Les autres orifices conduisent à droite et à gauche dans le tissu cellulaire situé au-dessous de la prostate, entre l'urèthre et le rectum. Ce tissu est lardacé, chroniquement enflammé.

Le sujet présentait en outre des tumeurs ganglionnaires dans le bassin, des noyaux scléreux dans le foie et une pneumonie suppurée du lobe supérieur du poumon droit.

OBSERVATION V.

La nommée Gautier (Marie), âgée de 40 ans, lingère, entre le 18 février 1885, dans le service de M. le professeur Trélat, salle Sainte-Catherine, lit n° 13.

Elle a eu de légères attaques de rhumatisme.

Il y a douze ou treize ans, la malade a présenté au niveau des organes génitaux, dit-elle, des rougeurs ? des ulcérations ? En même temps apparaissaient, du côté de la peau, des boutons sur la nature desquels elle ne donne que de vagues renseignements. Elle aurait présenté aussi une légère alopecie.

Mais tous ces phénomènes n'ont point altéré la santé

générale, malgré l'absence d'un traitement mercuriel ou ioduré.

L'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à cinq ou six ans, nous dit-elle ; mais dès sa jeunesse elle a été sensible du rectum.

Cette sensibilité se traduisait par des alternatives de constipations et de diarrhées. Elle avait souvent des épreintes, du ténesme, sans modifications dans la forme ni le volume des matières expulsées.

Il y a dix ans environ, la constipation s'accroît, les selles sont pénibles, la défécation longue. Les troubles s'accroissent tellement il y a 4 ans, que la malade entre dans le service de M. Trélat, à l'Hôpital Necker.

On constata un rétrécissement serré du rectum, siégeant à environ 6 centimètres de la marge de l'an us et admettant la pulpe de l'index.

A la suite d'une tentative de dilatation, la malade fut prise d'accidents péritonéaux très intenses qui ne cédèrent qu'à force de soins et firent abandonner ce mode de traitement.

La malade quitta l'Hôpital Necker, et vécut pendant quatre ans avec une constipation opiniâtre et de grandes difficultés dans la défécation. De temps à autre une débâcle apportait une période de soulagement. Peu à peu la dyspepsie, l'hypochondrie compliquèrent la constipation qui allait s'exagérer ; la malade rentra à l'Hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat, le 18 février 1885, réclamant une opération.

Etat actuel. — Malade affaiblie, cachectisée, teint terreux, ventre un peu ballonné, dyspepsie accentuée, émaciation.

Le toucher rectal fait reconnaître un rétrécissement serré, dur, calleux, régulier, circulaire, peu élevé, n'admettant même pas la pulpe de l'index, on l'atteint facilement en introduisant les deux premières phalanges. Pas d'écoulement sanguin, même après plusieurs explorations ; il paraît com-

plètement fibreux et un liquide sanieux et fétide s'écoule de l'anus après la sortie du doigt.

Le 12 mars, une tentative de dilatation rectale est pratiquée avec la bougie n° 8 introduite avec beaucoup de prudence. La bougie pénètre assez facilement et sans trop de douleur.

Elle est retirée au bout de deux minutes.

Le soir un peu de douleur dans le ventre; la température n'est pas prise, mais elle paraît normale.

Le 13. Deux vomissements porracés, facies légèrement péritonéal, ventre douloureux au niveau de la région hypogastrique. Laudanum sur le ventre, lavements laudanisés, potion opiacée.

Le soir : température 40°, pouls serré, rapide, à 120 pulsations. Pelvi-péritonite considérable dans le cul-de-sac rétro-utérin. — Les accidents persistent sans rémission marquée jusqu'au 27 mars. Dans l'intervalle, la courbe thermique a présenté quelques variations.

Le 27. Il s'écoule par la vulve, une matière blanchâtre, entraînant des filaments de tissu cellulaire mortifié, le tout répandant une odeur infecte. Le pus est aussi strié de sang. On fait un lavage boriqué qui amène un certain soulagement.

Le 29. Mêmes phénomènes. Par le toucher vaginal, on trouve une anfractuosité dont on n'ose pas trop rechercher les limites et qui n'est autre que la cavité de l'abcès rétro-utérin vidé dans le vagin.

Depuis le début de ces accidents, la pression n'a été douloureuse que dans la région hypogastrique. On fait, avec la liqueur de Van Swieten, 5 irrigations vaginales par jour.

Le 1^{er} avril. Diarrhée abondante; quelques frissons, sueurs colliquatives. Lavement purgatif. Potion de Todd avec extrait mou de quinquina. Lavage rectal avec solution boriquée suivie de violentes douleurs.

Le 13. Diarrhée persistante, septicémie certaine; on continue les lavages vaginaux et on donne des bains tous les deux jours.

Le 25. On soupçonne l'existence d'un foyer ouvert dans le rectum et se vidant mal. On pratique une injection rectale avec solution au bichlorure de mercure au 2/1000°. Douleurs si intenses, qu'on est obligé d'interrompre l'opération.

La diarrhée persiste; frissons répétés; délire tranquille, amaigrissement extrême, la malade exhale, malgré les bains répétés, une odeur infecte.

Le 30. Frisson prolongé.

Le 3 mai. Mort dans le coma à 9 heures du soir.

L'autopsie, faite le 5 mai par M. Dubar, ne donne aucun renseignement et ne fait que confirmer le diagnostic. — Rétrécissement du rectum siégeant à 5 centimètres de l'anus et pelvi-péritonite.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il nous sera aisé maintenant de décrire les rétrécissements congénitaux du rectum, puisque nous avons pour base de notre description les pièces déposées par le professeur Dubreuil au musée de Montpellier et décrites par Bouisson dans sa thèse d'agrégation, les observations de Reynier, enfin celles de M. Trélat. Parmi ces dernières nous avons deux autopsies qui ont permis de constater de visu sur le cadavre la lésion diagnostiquée par le toucher durant la vie.

Disons, avant de commencer ce petit chapitre, que le vice de conformation qui constitue les rétrécissements congénitaux a été attribué par certains auteurs à l'hypertrophie des valvules normales, décrites par Houston, dans tout le rectum, mais qu'il est dû, d'après la plupart des auteurs, à une résorption incomplète de la cloison formée par l'adossement des deux culs-de-sac anal et rectal.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce point de pathogénie.

Les rétrécissements congénitaux du rectum ont un siège fixe ; ils sont situés à environ 3 cent. 1/2 au-dessus de l'anús. C'est, en effet, à cette hauteur que se rejoignent les deux culs-de-sac anal et rectal.

Leur forme est variable, tantôt ce sont des brides multiples jetées comme des ponts d'une face à l'autre du rectum et circonscrivant des orifices étroits.

Telle est la pièce du musée de King's Collège à Londres, signalée par Trélat, Delens et Curling. Tantôt ce sont des valvules en forme de croissant, telles que nous les montrent les pièces du professeur Dubreuil, et plusieurs observations du professeur Trélat. Enfin on rencontre parfois aussi de vrais diaphragmes percés d'un trou de dimension variable (Reynier, Trélat). La consistance est ordinairement souple, l'épaisseur très peu considérable et leur bord libre tranchant. La paroi rectale est toujours saine au point d'implantation de l'obstacle et moins souvent altérée au-dessus de lui que dans les autres genres de rétrécissement. Cependant à ce niveau le rectum est ordinairement dilaté.

Ces caractères, joints au siège de la lésion, qui est le fait dominant, doivent faire affirmer, d'après le professeur Trélat, l'origine congénitale de la lésion.

Telle est la physionomie générale sous laquelle se présentent les rétrécissements congénitaux du rectum simples ; nous en avons des exemples dans

les trois observations de Reynier et dans les deux premières observations du professeur Trélat. Mais lorsque ces lésions passent longtemps inaperçues, ou qu'elles sont méconnues, les complications surviennent et peuvent devenir pour un observateur inattentif ou inexpérimenté, l'occasion d'une grave erreur de diagnostic. Elles sont de telle nature que leur gravité attire sur elles toute l'attention du médecin, qui les considère isolément comme le fait principal, alors qu'elles ne sont que la conséquence de la lésion congénitale.

Ces complications sont des péri-recuites considérables, des fistules à l'anus, des adénites étendues, des phlegmons du bassin, des hépatites scléreuses, des néphrites interstitielles. En un mot, les rétrécissements ont leurs complications comme tous les rétrécissements, et l'on ne peut, en étudiant ceux-ci, ne point songer aux rétrécissements de l'urèthre et à leurs complications. Dans ces derniers, n'avons-nous pas aussi des fistules, des abcès péri-uréthraux; des infiltrations, des cystites, des néphrites, et comme dernier terme l'urémie?

C'est ici le lieu, je crois; d'aborder la question délicate à résoudre que se sont posée M. Reynier, dans son mémoire de 1878, et le professeur Trélat, dans sa clinique du 5 décembre 1885.

Comment expliquer que la lésion existant dès la naissance, les accidents se produisent si tardivement? Voici, à ce sujet, l'opinion de ces auteurs :

Au début de l'existence, la lésion est formée par

une sorte de plicature à structure purement muqueuse, et dès lors élastiqué. Si l'on joint à cela un bon état des muscles des parois abdominales et une abondante sécrétion des liquides des glandes annexes du tube digestif, la défécation sera facile. Mais si ces conditions viennent à faire défaut, si les constipations sont fréquentes, les brides, les valvules, les diaphragmes, vont éprouver des phénomènes d'inflammation chronique qui transformeront partiellement ou totalement le tissu primitif en tissu conjonctif et l'obstacle élastique et facile à vaincre en un autre rigide et infranchissable.

Pour ceux qu'une telle explication ne satisferait point, ajoute le professeur de la Charité, je dirai qu'il existe beaucoup de lésions congénitales dont l'origine n'est pas discutée et qui ne se montrent qu'à une période tardive de l'existence, après être longtemps restées latentes. Tels sont « les kystes de la queue du sourcil, la grenouillette congénitale et les kystes dermoïdes du ligament large. »

Ne pourrait-on point encore établir un parallèle entre l'évolution de cette maladie et la marche des lésions qui rétrécissent les orifices du cœur et dire des unes comme des autres : « Toutes les fois que la lésion sera compensée, elle restera ignorée, dès qu'elle ne le sera plus apparaîtront des troubles fonctionnels qui la révéleront ou la feront rechercher. »

CHAPITRE II

SYMPTOMES

Pour se rendre un compte bien exact des phénomènes que l'on peut être appelé à constater, il faut diviser l'évolution de la maladie en trois périodes. Nous supposerons, pour indiquer les symptômes de la maladie, au début, le cas d'un sujet qui tomberait sous notre observation pour une lésion rectale autre que le rétrécissement (hémorroïdes, fissure à l'anus, etc.). Chez ce sujet tous les signes pourront se borner à ceux que nous percevrons par le toucher. Nous trouverons alors une ou plusieurs brides ou une valvule, ou un diaphragme, un obstacle enfin, mince, souple, à bord tranchant et situé à environ 3 cent. 1/2 de l'anus; avec ces seuls signes nous pourrions affirmer l'existence d'un rétrécissement congénital. Ce cas pourra être observé chez des sujets jeunes.

Si nous supposons la lésion à une époque plus avancée de son évolution, les signes physiques dont nous venons de faire l'énumération seront accompagnés d'un cortège de symptômes fonctionnels, tels que constipations opiniâtres remontant à une période déjà ancienne de la vie du sujet. Usage fréquemment nécessaire de lavements, de purges.

Débâcles consécutives à ce traitement. Le sujet racontera que la défécation était pénible, douloureuse, accompagnée de l'émission de sang ou d'un liquide d'un blanc jaunâtre et de ténesme.

Plus tard, enfin, dans une période que nous appellerons période des complications ou de non compensation, viendront s'ajouter aux signes déjà indiqués la dilatation et la déformation du ventre, les péri-rectites et les abcès de la marge de l'anus entraînant après eux les fistules de cet organe.

Ces fistules ont leur orifice interne situé au-dessous du rétrécissement.

On pourra voir se développer encore des phénomènes inflammatoires très graves, des flegmons du bassin avec menaces de septicémie, des péritonites. Enfin, l'autopsie a montré que cette lésion pouvait s'accompagner de néphrite interstitielle et de sclérose hépatique:

Les rétrécissements du rectum peuvent, on le voit, se présenter sous des aspects très variés et le chirurgien doit se servir de tous les moyens d'investigations qu'il a à sa disposition s'il ne veut pas faire une erreur de diagnostic.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC.

La solution d'un problème délicat nécessite de la part de celui qui la poursuit une rigoureuse méthode. Dans le cas actuel, il nous semble que le meilleur moyen de faire un bon diagnostic, est de se poser les trois questions suivantes, et d'employer à les résoudre toutes les formes d'investigations que nous avons à notre disposition :

1° Y a-t-il un rétrécissement ?

Deux sortes de renseignements, les uns fonctionnels et que le malade donnera au médecin s'il ne néglige pas de l'interroger à ce sujet ; les autres physiques fournis par le toucher rectal répondront à cette première question.

Les troubles fonctionnels nous les connaissons ; ce sont des constipations opiniâtres que les purgatifs ne réussissent pas longtemps à vaincre, et qui obligent le sujet à user fréquemment de lavements ; ce sont des pertes de sang par le rectum, un écoulement jaune blanchâtre, la forme spéciale des matières rendues. Tous ces signes commémoratifs sont d'un grand intérêt ; mais s'ils peuvent suffire à faire soupçonner la lésion, ils sont impuissants à l'établir d'une façon certaine.

Il faut pratiquer le toucher rectal, car, sans ce précieux moyen de diagnostic, comment trouver

dans certains cas la cause de troubles fonctionnels qui peuvent être communs à plusieurs affections ? La constipation n'est-elle pas fréquente chez certains individus, chez la femme en particulier ? N'est-elle point liée souvent chez elles à la métrite chronique, à des déplacements utérins, à des tumeurs, à des inflammations du bassin ? Comment différencier les constipations par compression des constipations par rétrécissement si on néglige le toucher ? Il faut, dit le professeur Trélat, pousser l'examen de cet organe jusqu'à l'indiscrétion ; ce précepte a pour lui une importance capitale.

Si on agit ainsi, on résoudra facilement la première question, et l'on passera à la seconde.

2° Le rétrécissement est-il congénital ?

Cette seconde question ne nous paraît pas difficile à résoudre. Les caractères des rétrécissements congénitaux sont nets.

Voyons avec quels autres rétrécissements nous pourrions les confondre :

Sera-ce avec les néoplasmes du rectum ? L'erreur semble difficile et le toucher lèvera tous les doutes.

Dans ce cas, en effet, il existe dans l'organe une tumeur indurée ou très molle, bourgeonnante, saignant facilement, et il s'écoule par l'anus à la sortie du doigt un liquide ichoreux et fétide. Les parois du rectum sont infiltrées, indurées et l'organe est comme fixé dans le bassin. Enfin on percevra aisément la tumeur en combinant le palper abdominal avec le toucher rectal (Trélat).

Sera-ce avec les rétrécissements d'origine syphilitique ?

Ici la lésion peut avoir le même siège ; mais ces rétrécissements se présentent sous une forme particulière. Au début, il semble au toucher que le rectum soit cannelé (Verneuil). Plus tard, il donne la sensation d'un canal dur, rigide et inextensible (même quand il revêt la forme d'une valvule), le rétrécissement syphilitique est aisément reconnu par sa consistance, son épaisseur, bien différentes de l'élasticité et de la ténuité des valvules congénitales molles et dépressibles au doigt.

Sera-ce avec les rétrécissements cicatriciels ?

La question est ici plus délicate à résoudre. M. Tillaux a décrit dans son anatomie topographique des rétrécissements fibreux du rectum, sorte d'éperons siégeant à environ 4 centimètres de l'anus, sur la paroi postérieure de l'organe. Pour lui, ces rétrécissements sont formés par des brides cicatricielles consécutives à la dysenterie. Leur siège n'est pas absolument fixe, car, dans sa thèse, Garsaux en cite qui sont situées plus haut dans le rectum. Quels signes permettront de distinguer ces brides des brides congénitales ? Il en est trois. Les antécédents du sujet d'abord ; leur nombre ensuite, car il n'est pas rare de voir des brides multiples se former dans le rectum après une dysenterie ; enfin, leurs caractères physiques et surtout leur situation.

Pour nous, avec le professeur Trélat, nous affirmerons l'origine congénitale d'une lésion qui se

présentera à nous sous forme de bride, de croissant ou de diaphragme mince, élastique, à bord tranchant et situé à 3 cent. $1/2$ au-dessus de l'anüs.

Le rétrécissement est congénital. Il nous faut maintenant répondre à la troisième question. Est-il simple ou compliqué ?

Toute la question reposera, dans ce dernier cas, sur le toucher rectal. Il faut y songer. Il est facile d'éviter cet oubli lorsque des phénomènes de constipation opiniâtre convient pour ainsi dire le médecin à explorer le rectum, lorsque rien dans les régions voisines ne vient altérer les caractères du rétrécissement ; mais lorsque les malades se présentent avec des fistules rectales ou des inflammations péri-utérines, il est plus difficile de songer à pratiquer l'exploration, et, quand on y a songé, d'en tirer une conclusion. A ce moment, en effet, la physionomie du rétrécissement peut être masquée par les lésions qui l'ont compliqué. Le cas cité par Broca à la Société anatomique, rapporté par nous dans notre historique, démontre que certains étranglements du rectum peuvent être la conséquence d'inflammations péri-rectales, d'où la possibilité de prendre l'effet pour la cause et inversement. C'est alors qu'on doit se souvenir des caractères physiques des lésions congénitales et les rechercher. Elles seules peuvent trancher la difficulté et rendre compte des troubles fonctionnels que l'interrogatoire fera sûrement reconnaître dans les antécédents des malades.

CHAPITRE IV.

PRONOSTIC.

Le pronostic des rétrécissements congénitaux du rectum dépend absolument du moment où on en aura fait le diagnostic. Nous n'avons pour nous convaincre de cette vérité qu'à nous reporter à nos observations. Toutes les fois que les malades se sont présentés dès l'apparition ou peu de temps après l'apparition des troubles fonctionnels, le diagnostic a été facile à faire et l'intervention a été couronnée de succès. Nous renvoyons à ce sujet aux observations de Reynier, à l'observation citée par Bouisson dans sa thèse d'agrégation, et à la première observation de M. Trélat. Dans les cas cités par Reynier et Bouisson, l'incision simple de l'obstacle fut suivie d'une guérison rapide et complète. Dans le cas du professeur Trélat, on eut recours à la dilatation progressive. Mais si on n'est appelé qu'à une période plus avancée de la maladie, alors que le diagnostic est plus difficile à établir et que le rectum et les organes circonvoisins sont malades ou prêts à le devenir, le pronostic devient grave; car, si on n'intervient pas, les complications ne tarderont pas à apparaître, provoquées qu'elles sont par l'existence constante de la lésion; et, si l'on

intervient, l'opération peut, malgré son innocuité apparente, malgré toutes les précautions prises et l'habileté manuelle de l'opérateur, rallumer un feu mal éteint ou réveiller des phlegmasies qui assombrissent considérablement le pronostic thérapeutique.

Ces faits sont mis admirablement en lumière dans l'observation V du professeur Trélat, où le rétrécissement congénital avait amené à sa suite une inflammation chronique rétro-utérine. La dilatation, malgré toutes les précautions et quoi-
qu'elle fût pratiquée par le professeur Trélat lui-même, accéléra la marche des accidents et amena rapidement une terminaison fatale qui, sans intervention, se fût produite plus tardivement. Nous allons examiner dans le chapitre suivant les moyens les plus convenables, suivant les cas, pour faire disparaître les rétrécissements congénitaux, quand ils sont simples, ou atténuer la gravité de leur pronostic quand ils sont accompagnés de complications.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Une intervention chirurgicale est nécessaire à la guérison des rétrécissements congénitaux du rectum, car les moyens médicaux sont impuissants contre la lésion elle-même, et ne tardent pas à l'être vis-à-vis des phénomènes morbides qu'elle entraîne.

Mais quels sont, suivant les cas, les procédés opératoires qu'il convient de choisir?

Lorsque le rétrécissement est simple, c'est-à-dire lorsqu'il s'accompagne seulement des troubles fonctionnels qui caractérisent la seconde période de son évolution telle que nous l'avons décrite dans notre chapitre des symptômes, tous les moyens peuvent réussir et les plus simples ont donné de bons résultats.

Voici ce que disent, au sujet du traitement de ces rétrécissements simples, MM. Gosselin et Dubar, dans leur article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

« On traite ces rétrécissements par la rectotomie interne, procédé qui n'est conservé que pour ces genres de rétrécissements.

« Pour plus de sécurité, l'incision doit s'arrêter à

« quelques millimètres de la base d'implantation
 « des brides ou des diaphragmes sur la circonfé-
 « rence de l'intestin. On achève ensuite la section
 « en déchirant les tissus avec les doigts pour éviter
 « l'hémorrhagie.

« L'instrument de Benoit ressemble à un litho-
 « triteur. Celui de Richet se compose de deux
 « branches. L'une d'elles se termine par un anneau
 « perpendiculaire à sa direction, l'autre par une
 « plaque également perpendiculaire et munie de
 « dents; les deux tiges rapprochées et serrées par
 « un pas de vis permettent de saisir solidement
 « entre la plaque et l'anneau une partie du rétré-
 « cissement. »

Dans les cas simples, que l'on ait employé, soit la rectotomie interne, faite avec le bistouri ou avec le thermo-cautère, soit les instruments du professeur Benoit ou du professeur Richet, on a eu des succès. L'observation I, de Reynier, et celle que Bouisson signale dans sa thèse le prouvent. Mais quand on a affaire à des rétrécissements compliqués d'inflammations voisines aiguës ou subaiguës, ces procédés sont dangereux. Il faut avoir recours à des moyens plus doux et par là moins susceptibles de provoquer le réveil ou la recrudescence de phénomènes inflammatoires dont on ne peut prévoir la terminaison.

Dans ces cas, si le chirurgien croit devoir intervenir, c'est à la dilatation qu'il doit avoir recours. Il repoussera la dilatation brusque au moyen du

spéculum, car elle ne répond pas aux indications, et peut entraîner les mêmes accidents que la rectotomie interne et les autres procédés déjà signalés.

Il pratiquera la dilatation progressive, lente, sage; encore ce moyen si anodin qu'il puisse paraître, n'est-il pas sans danger. Il suffit, pour se convaincre de cette idée, de relire l'observation V du professeur Trélat. Les précautions les plus minutieuses, la plus grande habileté manuelle ne purent, dans ce cas, prévenir le développement d'un flegmon rétro-utérin et d'une septicémie consécutive; mais si cette méthode a échoué, on l'a vue réussir, comme le prouve l'observation I du même chirurgien.

M Trélat pratique la dilatation progressive du rétrécissement au moyen de bougies de caoutchouc de 15 centimètres de longueur environ, légèrement courbes et graduées par millimètres.

La série comprend vingt-deux bougies.

La plus petite ayant un millimètre de diamètre, la plus grosse 22 millimètres.

Il augmente lentement le calibre de la bougie dilatatrice et ne prolonge qu'avec prudence son séjour dans le rétrécissement. C'est ainsi qu'il faudra procéder. Lorsqu'à force de patience on aura obtenu un résultat suffisant au rétablissement des fonctions, on continuera le traitement, même après la guérison.

Il y a, en effet, une analogie complète entre la cure des rétrécissements congénitaux du rectum

par la dilatation progressive et celle des rétrécissements de l'urèthre par la même méthode. Elle doit être longtemps poursuivie, on peut même dire qu'elle ne doit point cesser. Si l'on oublie ce précepte, on s'expose à voir réapparaître successivement tous les accidents déjà conjurés ; le problème se pose de nouveau tout entier et une issue funeste peut être la conséquence de nouvelles complications.

CONCLUSIONS

1° Les rétrécissements congénitaux du rectum chez l'adulte sont simples ou compliqués.

a. Simples : ils se révèlent par des troubles fonctionnels anciens et par des caractères physiques facilement appréciables au toucher rectal.

b. Compliqués : ils s'accompagnent d'un cortège de phénomènes inflammatoires qui les masquent ; alors l'exploration directe seule est capable d'éclairer le diagnostic.

2° Le pronostic, sans gravité pour les premiers, est très grave pour les derniers.

3° a. Le traitement des cas simples est variable. On peut employer l'incision au bistouri ou au thermo-cautère, l'abrasion au moyen des instruments de Benoit ou du professeur Richet.

b. La dilatation progressive, lente et prolongée est le seul traitement applicable aux rétrécissements compliqués.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

BENOIT. — Mémoire de 1846.

BÉRARD et MASLIEURAT LAGEMARD. — Mémoire dans *Gaz médic.* — 1839.

BOUISSON. — Thèse d'agrégation, sur les vices de conformation de l'an us et du rectum. — 1851.

BROCA. — Communication dans le *Bull. de la soc. anat.* — Février 1852.

LE DENTU. — Clinique. *Gaz. des hôp.* — 2 nov. 1875.

GARSAUX. — Thèse sur les rétrécissements partiels sous-muqueux. — 1877.

GOSSELIN et DUBAR. — Art. dans Dict. de médecine et de chirurgie pratiques. — 1881.

D. MOLLIÈRE. — Traité des maladies de l'an us et du rectum. — 1877.

NÉLATON. — Traité de path. chirurgicale.

REYNIER. — Mémoire publié dans *Gaz. heb.* — 29 nov. 1878.

TILLAUX. — Anatomie topographique.

U. TRÉLAT et DELENS. Art. *Rectum*, du Dict. encyclopédique des *Sciences médicales*. — 1876.

TRÉLAT. — Clinique publiée dans l'*Union médicale*. — 9 fév. 1886.

Vu, le président de la Thèse,	Vu, bon et permis d'imprimer,
TRÉLAT.	Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
	GRÉARD.

